

SAOPŠTENJE PRAVIČNOSTI ETIČKIH ODLUKA U ODNOSU RASPODELE MEDICINSKIH RESURSA UNUTAR PANDEMIJE COVID-19 PRESS RELEASE

THE FAIRNESS OF ETHICAL DECISIONS RELATED TO THE ALLOCATION OF MEDICAL RESOURCES WITHIN THE COVID-19 PANDEMIC

Violetta Raffay, MD, PhD ^{1,2}, Aleksandra Lazić, MD ^{2,3}, Zlatko Fišer, MD, prim.²

SAŽETAK

Pravičnosti etičkih odluka u odnosu raspodele medicinskih resursa unutar pandemije COVID-19

Resuscitacioni Savet Srbije je razmatrao i doneo konsenzus mišljenja nacionalnih kurs direktora oblasti resuscitacione medicine o osnovnim principima raspodele resursa, a u odnosu na primenu mera resuscitacije i zbrinjavanje obolelih u uslovima pandemije. COVID-19 pandemija je širom sveta unutar svih segmenta života donela dosta promena, svakodnevnih izazova sa kojima se suočavamo, pa tako i u oblasti medicinske etike, koja je vrlo osetljiva oblast zbog specifičnosti koje su jedinstvene i različite u svakoj zemlji pojedinačno, uz snažne kulturološke, ekonomske, verske, medicinske, pravne i ostale diverzitete. Izazovi su ogromni, obzirom na trenutno nepostojanje specifične terapije, ograničenost raspoloživih resursa dijagnostike, intervencije i preventivnih mera.

Pandemija je donela i potrebu stvaranja uslova primene „nesvakidašnjih“ zahteva, mera i procedura zdravstvenog sistema i medicinskog zbrinjavanja, koja za sobom povlači i određenu reorganizaciju medicinskih intervencija i sistema zbrinjavanja, uključujući i mere obavezne lične zaštite, pridržavanje primene socijalne distance i sve higijenske procedure.

Sveopšti etički principi, kao što su maksimalni benefit i podjednako lečenje, uz davanje prioriteta onima sa najtežim stanjem je stvorilo potrebu stvaranja preporuka u etici koje su vezane za raspodelu medicinskih resursa u COVID-19 pandemiji, te su Eziček et al. objavili šest načela koja se odnose na gore pomenuto u smislu: maksimalizovanje benefita, davanja prednosti zdravstvenim radnicima, trijaža van okvira osnove „prvog stizanja“, reaganja na nalaze, prepoznavanje učešća u istraživanjima, te primenu istovetnih principa kako kod COVID-19, tako i kod non-COVID-19 pacijenata.¹

Pravedna alokacija ovih etičkih vrednosti i principa zahteva prilagodljive etičke okvire u zavisnosti od raspoloživih resursa i organizacije sistema zbrinjavanja.^{2,3,4,5,6,7,8}

ABSTRACT

The fairness of ethical decisions related to the allocation of medical resources within the COVID-19 pandemic

The Serbian Resuscitation Council discussed, considered, and adopted based on the National Course Director leaders opinion consensus in the field of resuscitation medicine about the basic principles of resource allocations, related to the application of resuscitation procedures and care of patients during the pandemics. The COVID-19 pandemic around the world has brought a lot of changes within all segments of life, we all are faced to everyday challenges, including ethics in medicine, which is a very sensitive area due to specifics that are unique and different in each country individually, with strong cultural, economic, religious, medical, legal, and other diversities.

The challenges are enormous, given by the current lack of a specific therapy, by the limited resources available for diagnosis, intervention, and preventive measures.

The pandemic also brought the need to create conditions for the application of „unusual“ requirements, measures, and procedures of the healthcare system and medical care, which entails a certain reorganization of medical interventions and care systems, including mandatory personal protection measures, adherence to adequate social distance, and all hygienic procedures.

General ethical principles, such as maximum benefit and equality of treatment, while giving priority to those with the most severe conditions, have created the need to create ethical recommendations related to the allocation of medical resources in the COVID-19 pandemic and Eziček et al. published six principles related to the above in terms of maximizing benefits, giving an advantage to healthcare professionals, triage outside the framework of the „first arrival“ basis, responding to findings, recognizing participation in research, and applying the same principles to COVID-19 and in non-COVID-19 patients.

A fair allocation of these ethical values and principles requires adaptable ethical frameworks depending on the resources available and the organizational structure of the healthcare system.

USTANOVA

¹European University Cyprus, School of Medicine, Nicosia, Cyprus

²Resuscitacioni Savet Srbije, Novi Sad, Republika Srbija

³Klinički centar Vojvodine, Urgentni centar, Novi Sad, Republika Srbija

AUTOR ZA

KORESPONDENCIJU:

Prof dr sci med Violetta Raffay
email: office@resuscitatio.org.rs

KLJUČNE REČI:

COVID -19 kardiopulmonalna resuscitacija, etika tokom resuscitacije,

KEY WORDS:

COVID – 19 cardiopulmonary resuscitation, ethics during resuscitation

DATUM PRIJEMA RADA

05.06.2020.

DATUM PRIHVATANJA RADA

25.06.2020.

DATUM OBJAVLJIVANJA

29.11.2020.

SAOPŠTENJE

Preporuka 1 govori da je u kontekstu pandemije, vrednost maksimalizacije benefita vrlo značajna^{4,6,7,8,1,2}, i odnosi se na odgovorno upravljanje raspoloživih humanih resursa: teško je opravdati zahtev ka požrtvovanosti zdravstvenih radnika i javnosti da rizikuju živote, ukoliko su njihovi napori borbe za život pacijenata iluzorni. Prioriteti kod ograničenih resursa bi trebali biti usmereni ka očuvanju što većeg broja života i na maksimalno poboljšanje i produžavanje kvaliteta života pojedinaca nakon tretmana. Očuvanje što veće stope preživljavanja je vrednost koja je konsenzus mnogih stručnih izveštaja.^{4,10} Dobrobit za sve (utilitarizam) je istovremeno u skladu sa etičkim principima koji naglašavaju značaj za sveukupno, kao i sa neutilitarnim pogledima koji favorizuju vrednost svakog ljudskog života pojedinačno.³ Postoje brojni načini uravnoteženja između spašavanja više života u odnosu na broj godina preživljavanja⁵, ali bez obzira koji je vid balansa izabran, on se mora primenjivati dosledno. Limitiranost vremena i informacija u COVID-19 pandemiji čini opravdano davanje prednosti tome da se maksimalizuje broj preživelih pacijenata uz razuman životni vek, uz maksimalno poboljšanja dužine života kao podređenog cilja, gde bi prioritet trebalo usmeriti na povećanje broja pacijenata koji će preživeti tretman sa razumnim životnim vekom.

Gore navedeno je relevantno samo u slučaju poređenja pacijenata čija je verovatnoća preživljavanja slična, iako zbog ograničenosti koja se odnosi na vreme i podatke vezane za COVID-19, ovo se teško može unapred definisati i predvideti.^{10,11}

U zdravstvenim sistemima gde je to omogućeno, ohrabivanje i podrška pacijenata da definišu koji stepen intervencije bi prihvatili i kojim kvalitetom života su voljni živeti kada bi odbili respirator ili druge intervencije u cilju održavanja života (i ovo bi) moglo bi biti odgovarajuće primenjeno.

Primena vrednosti maksimalizacije benefita lečenja značila bi, da ljudi koji su oboleli, ali sa šansom da se oporave imaju prioritet nad onima koji se ne bi oporavili uprkos tretmanu, kao i oni koji bi se oporavili i bez lečenja.^{3,5} Maksimalizacija benefita lečenja je jedan od najvažnijih činilaca u pandemiji, što podrazumeva i povlačenje pacijenta sa respiratora i izmeštanja iz jedinica intenzivne terapije (ICU) kako bi se obezbedilo mesto i dala šansa drugima sa većom mogućnošću preživljavanja – ovo je opravdano i pacijenti bi trebali biti svesni ove činjenice već pri prijemu u ustanovu.^{8,9,10,4} Svakako, povlačenje sa respiratora i izmeštanje iz ICU pacijente koji su stigli ranije kako bi spasili one sa boljom prognozom je izrazito psihološki traumatično za kliničare

– u pojedinim zemljama neki kliničari ovo mogu i odbiti. S druge strane, brojne preporuke usaglašene su da odluka o povlačenju oskudnog resursa radi spasavanja drugih nije čin "ubijanja" i ne zahteva pacijentovu saglasnost.^{4,8,10,12} Inicijalna primena ovog principa raspodele kreveta u ICU i respiratora radi maksimalizacije benefita mogla bi pomoći smanjenju potrebe ovakvih mera.

Preporuka 2 se odnosi na kritične COVID-19 intervencije, kao što su testovi, lična zaštitna oprema (LZO), ICU kreveti, respiratori, terapijski postupci i vakcinacija; zdravstveni radnici i oni koji učestvuju u prvoj liniji odbrane (pružaoци prve medicinske pomoći), kao i svi oni koji omogućuju da sistem funkcioniše – trebali bi imati prioritet kod ovih intervencija, posebno oni zdravstveni radnici i saradnici koji su izloženi velikom riziku od infekcije i čiji profil je takav da je njihova zamenjivost otežana.⁵ Ovi profesionalci trebali bi imati prednost ne zato što su njihovi životi vredniji, već zbog toga što je njihova "instrumentalna" odnosno, primenjena vrednost velika – bitni su za adekvatno zbrinjavanje pandemije.^{10,13} Ako su zdravstveni profesionalci onesposobljeni za rad, svi pacijenti – ne samo oni sa COVID-19 – imati će za posledicu veću smrtnost ukupno gledano. Bez obzira da li će zdravstveni radnici kojima je potrebno lečenje na respiratoru biti sposobni da se vrata na posao, davanjem mogućnosti prednosti ovim osobama prepoznaje se pretpostavka njihovog povišenog rizika tokom rada u spasavanju drugih ljudi što u suštini može sprečiti i duže odsustvo sa posla.^{10,6} Bilo koja vrsta zloupotrebe će značajno umanjiti poverenje u okvir raspodele.⁷

Preporuka 3 govori o jednakosti prava lečenja pacijenata, te kod pacijenata sa sličnom prognozom, jednakost treba primeniti metodom slučajne raspodele (kao lutrija), a ne po principu "ko prvi dođe, prvi biva uslužen", jer se zadnje navedeno može biti koristiti za procedure kao što je transplantacija bubrega, gde je čekanje dugotrajno, i pacijenti mogu preživeti duže u čekanju istog. Nasuprot tome, lečenje korona-virusne infekcije zahteva hitnu intervenciju, što bi u konkretnom slučaju principa "ko prvi dođe prvi biva zbrinut" dovelo do nepravednosti, jer pacijent koji živi bliže zdravstvenoj ustanovi i prvi je došao biva "bolje i brže" lečen. Takođe, ovaj princip bi kod primene lekova i vakcina podstakao stvaranje gužvi, sa potencijalnim generisanjem čak i nasilja u situacijama gde je socijalno distanciranje od izuzetnog značaja. Konačno, ovo bi značilo da pacijenti koji dođu "kasnije", možda baš zbog strogog pridržavanja preporučenih mera za javno zdravlje, nepravedno budu izuzeti od lečenja što može uticati na lošiju prognozu lečenja, čime

se dodatno narušava princip pravednosti.⁸

Uprkos pritisku izazvanog limitiranim vremenom i ograničenim informacijama, metoda slučajnog izbora je poželjna u okvirima iste tj. slične grupe pacijenata (pacijenti sa sličnom prognozom).

Preporuka 4 je vezana za određivanje prioriteta koji bi se trebali razlikovati u odnosu na intervencije i podložni su promenama naučnih dokaza. Kao primer se mogu navesti, mlađi pacijenti, koji ne bi trebali imati prioritet primanja vakcine za COVID-19, koja značajnije utiče na sprečavanje bolesti nego lečenje. Ishod lečenja SARS-CoV2 infekcije bio je značajnije lošiji kod osoba starije životne dobi, kao i u onih sa hroničnim bolestima.⁹ Osvrt na vrednosti maksimiziranja spasavanja života opravdava davanje vakcine starijim osobama neposredno nakon vakcinacije zdravstvenih radnika i pružiocima mera prve medicinske pomoći. Ako je snabdevenost količinama vakcine nedovoljna za pacijente sa najvećim rizikom od obolevanja (preko 60 godina), kao i one sa koegzistirajućim hroničnim bolestima, tada se princip jednakosti procenjuje metodom slučajnog izbora, kao na lutriji, i odnosi se samo na vakcinaciju.^{2,10} Jedino opravdanje vakcinacije mlađe populacije postoji ukoliko će se time redukovati i sprečiti širenje virusa i rizik od obolevanja drugih.

Epidemiološko modeliranje još je vidljivije u postavljanju prioriteta prilikom testiranja na korona-virus.

Na primer, u Sjedinjenim Državama preporuke trenutno daju prioritet zdravstvenim radnicima i starijim pacijentima,⁹ ali zadržavajući rezervu testova za istraživanja u oblasti javnog zdravlja, te bi zdravstvene nadzorne institucije mogle proširiti saznanja o COVID-19 prenosu i pomoći istraživanja koja su fokusirana na ostale tretmane maksimalnog benefita.¹⁰ S druge strane, ICU kreveti i respiratori služe više za terapijske nego preventivne mere i pacijenti kojima je potreban ovaj vid zbrinjavanja jesu životno ugroženi. Maksimalizacija benefita lečenja zahteva i razmatranje prognoze rizika ishoda, što može ukazati na davanje prednosti mlađim pacijentima, kao i onima sa manje komorbiditeta. Napred navedeno je u skladu s italijanskim smernicama koje potencijalno daju veći prioritet lečenja u ICU mlađim, teško obolelim pacijentima u odnosu na stariju populaciju.^{9,11} Naučni dokazi snažno mogu uticati u definisanju maksimalnog benefita tretmana.

Preporuka 5 govori o onima koji učestvuju u istraživanju efikasnosti i bezbednosti vakcina, te bi trebali imati prioritet u lečenju i intervencijama vezanih za COVID-19. Njihova izloženost riziku od zaraze učestvovanjem u istraživanjima pomaže budućim pacijentima, s toga, oni bi trebali biti "nagrađeni" za taj doprinos, što bi moglo

podstaći ostale pacijente na učestvovanje u kliničkim ispitivanjima u institucijama gde za ovako nešto postoje svi neophodni propisi i uslovi.

Preporuka 6 ističe da ne bi trebala postojati razlika u podeli oskudnih resursa između bolesnika s COVID-19 i onih koji boluju od drugih bolesti.

Ukoliko COVID-19 pandemija dovede do apsolutnog nedostatka svih sredstava, to će imati uticaj na sve pacijente uključujući one sa srčanim zastojem, malignitetom i drugim životno-ugrožavajućim bolestima i stanjima koja zahtevaju urgentno medicinsko zbrinjavanje. Pravična raspodela resursa koja daje prioritet vrednostima maksimalizacije benefita lečenja primenjuje se kod svih pacijente kojima su ti resursi neophodni.

Implementacija racionalizacije

Potreba uravnoteženja više etičkih načela prilikom različitih intervencija i pod različitim okolnostima verovatno će dovesti do različitih procena vrednosti postupaka. To ukazuje na potrebu pravične raspodele koji uključuju celokupnu sferu populacije. Ovi postupci moraju biti transparentni kako bi osigurali poverenje javnosti u njihovu pravednost. Ishod postupaka pravične raspodele, u odnosu na gore izneta etička načela i navedene preporuke, bi moglo doprineti razvoju smernica određivanja prioriteta koje obezbeđuju da nijedan pojedinac-lekar nije suočen sa zastrašujućim zadatkom improvizovanja i donošenja samostalnih odluka koga zbrinjavati i lečiti. Postavljanje te vrste opterećenja bi kliničare moglo dovesti do akutnog ali i doživotnog emocionalnog tereta. Svakako, čak i dobro definisane smernice mogu predstavljati izazov i problem u konkretnom donošenju odluka u realnom vremenu ili određenom trenutku. Gde sistem zbrinjavanja to dozvoljava i omogućuje, jedna od svrsishodnih pomoći kliničarima bi moglo biti zapošljavanje tzv. trijažnih lekara, koji nisu direktno uključeni u samo lečenje pacijenata. Mogućnost formiranja komisija iskusnih lekara i etičara koji bi pomagali kliničarima u zbrinjavanju konkretnih pacijenata i pri donošenju odluka takođe bi imalo olakšavajući efekat, skidajući deo "tereta" sa njihovih leđa.⁴ Od izuzetne važnosti su i procedure vezane za žalbene procese, gde bi u ovakvim okolnostima žalbe trebale biti ograničene na proceduralne greške, obzirom na ograničenost kako vremena, tako i resursa.^{1,12}

Zaključne misli

Rukovodeće strukture država, te osobe koje imaju uticaja na donošenje donošenje odluka bi trebali nastojati da učine sve što bi moglo uticati na nedostatak medicinskih sredstava, čime bi predupredili i sprečili okolnosti koje mogu imati negativane implikacije. Ukoliko resursi

i postanu oskudni, navedenih šest preporuka bi trebale mogle poslužiti kao korisne za izradu smernica koje se mogu primeniti pravično i dosledno pod svim okolnostima, jer upravo one bi mogle obezbediti da kliničari nikad nisu ostavljeni sami, bez podrške i pomoći sistema u donošenju odluka od vitalnog značaja obezbeđujući podjednak tretman za sve. Gore navedeni principi mogu doprineti osnovi za modeliranje smernica ove oblasti. Autori saopštenja se nadaju, da će ovo saopštenje inicirati diskusiju i rezultirati pisanjem uputstava i smernica nadležnih tela ove oblasti.

Literatura

- 1 Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al. Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments, in Exceptional, Resource-Limited Circumstances. Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation, and Intensive Care (SIAARTI). March 16, 2020 (<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>).
- 2 Rosenbaum SJ, Bayer R, Bernheim RG, et al. Ethical considerations for decision making regarding allocation of mechanical ventilators during a severe influenza pandemic or other public health emergency. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2011 (https://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/docs/Vent_Document_Final_Version.pdf).
- 3 Kerstein SJ. Dignity, disability, and lifespan. *J Appl Philos* 2017;34:635-650.
- 4 Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT. Duty to plan: health care, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. *NAM Perspectives*. March 5, 2020 (<https://nam.edu/duty-to-plan-health-care-crisis-standards-of-care-and-novel-coronavirus-sars-cov-2/>).
- 5 Interim updated planning guidance on allocating and targeting pandemic influenza vaccine during an influenza pandemic. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2018 (<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/national-strategy/planning-guidance/index.html>).
- 6 Irvin CB, Cindrich L, Patterson W, Southall A. Survey of hospital healthcare personnel response during a potential avian influenza pandemic: will they come to work? *Prehosp Disaster Med* 2008;23:328-335.
- 7 Biesecker M, Smith MR, Reynolds T. Celebrities get virus tests, raising concerns of inequality. *Associated Press*. March 19, 2020 (<https://apnews.com/b8dcd1b369001d5a70eccdb1f75ea4bd>).
- 8 Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020 February 24
- 9 Updated guidance on evaluating and testing persons for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, March 8, 2020 (<https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00429.asp>).
- 10 COVID-19 sentinel surveillance. Honolulu: State of Hawaii Department of Health, 2020 (<https://health.hawaii.gov/docd/covid-19-sentinel-surveillance/>).
- 11 Mounk Y. The extraordinary decisions facing Italian doctors. *Atlantic*. March 11, 2020 (<https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>).
- 12 Zucker H, Adler K, Berens D, et al. Ventilator allocation guidelines. Albany: New York State Department of Health Task Force on Life and the Law, November 2015 (https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf).